

N° 4909⁶**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2007-2008

PROPOSITION DE LOI**sur le droit de mourir en dignité**

* * *

**RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(14.2.2008)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente; M. Jean HUSS, Corapporteur; Mmes Nancy ARENDT, Claudia DALL'AGNOL, Marie-Josée FRANK, MM. Aly JAERLING, Alexandre KRIEPS, Paul-Henri MEYERS, Romain SCHNEIDER, Mme Martine STEIN-MERGEN et M. Carlo WAGNER, Membres.

N.B.: La Coautrice et Corapportrice de la proposition de loi, Mme Lydie ERR, n'est pas membre de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, mais a assisté aux réunions consacrées à ladite proposition de loi.

*

I. INTRODUCTION

Depuis longtemps, l'euthanasie et l'assistance au suicide sont des actes qui sont pratiqués tous les jours, le plus souvent dans la clandestinité.

Pour répondre à cet état des choses peu satisfaisant, quelques pays en Europe ont légiféré en la matière. Il en est ainsi notamment de la Suisse où l'article 115 du Code pénal stipule que seul celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide ou lui aura prêté assistance, sera puni d'une peine d'emprisonnement de 5 ans au plus. De ce texte il résulte implicitement que celui qui n'a pas été poussé par un tel mobile égoïste ne serait pas punissable lorsqu'il incite ou assiste au suicide d'une tierce personne.

Par ailleurs, nos deux partenaires du Benelux, les Pays-Bas et la Belgique, ont voté des lois sur l'euthanasie et l'assistance au suicide respectivement en 2001 et en 2002. C'est de la loi belge que les auteurs se sont inspirés pour la rédaction de la présente proposition de loi.

Finalement, des lois existent également dans l'Etat d'Oregon aux Etats-Unis d'Amérique, ainsi qu'en Chine et en Colombie.

*

II. CONTENU DE LA PROPOSITION DE LOI

La proposition de loi Err-Huss s'inspire largement du texte de loi belge de 2002 qui définit comme „euthanasie“ l'acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Aux termes de la proposition de loi, le médecin qui pratique l'euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction à condition que les conditions suivantes soient respectées:

- le patient doit être majeur ou mineur émancipé;
- le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue;

- le patient doit faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration;
- le patient doit former une demande de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée qui ne doit pas résulter d'une pression extérieure;
- le patient doit être informé par le médecin de son état et des possibilités médicales et
- le médecin traitant est tenu de consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection.

Ces conditions précises et restrictives correspondent aux termes de la résolution sur l'euthanasie telle qu'elle a été refusée en 2003 à la Chambre des Députés par 28 voix contre, 27 votes pour et 1 abstention.

Une partie importante de la proposition de loi porte sur le testament de vie. Ce testament de vie consigne par écrit la volonté d'une personne majeure ou mineure émancipée qu'un médecin pratique une euthanasie s'il constate que:

- la personne est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- la personne est inconsciente;
- la situation de santé de la personne concernée est irréversible selon l'état actuel de la science.

Le testament de vie peut également comprendre des dispositions quant au mode de sépulture.

Il peut être fait à tout moment et doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant. Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique auprès de la Direction de la Santé publique. Il peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. Les dispositions d'un tel testament s'imposent au médecin pratiquant sous les mêmes conditions que s'il s'agissait d'une demande orale ou dictée par écrit du patient.

La présente proposition vise également l'instauration d'une Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation composée de neuf membres – trois médecins, trois personnes issues des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et trois personnes engagées dans la société civile. La Commission établit un modèle d'une déclaration officielle qui doit être complété par le médecin et adressé à la Commission après chaque euthanasie. La Commission saisie d'une telle déclaration, vérifie si les conditions et la procédure prévue par le présent texte ont été respectées. Lorsqu'elle estime que toutes les conditions n'ont pas été respectées elle communique sa décision au médecin et envoie le dossier au parquet pour décider s'il y a lieu à poursuite pénale.

La proposition initiale prévoyait ladite déclaration ex ante. Par la suite, des amendements introduits en cours de procédure ont eu pour objet le remplacement du contrôle ex ante à toute euthanasie ou assistance au suicide par la Commission par un contrôle ex post. Les auteurs de la proposition de loi ont finalement opté pour la procédure prévue par la loi belge qui a fait ses preuves.

Il résulte en effet des deux rapports d'évaluation (2002-2003 et 2004-2005) faits en Belgique, qu'en matière de précaution et de prévention d'abus éventuels, le modèle prévu par la loi belge est amplement suffisant. De plus, un contrôle préalable à toute euthanasie comporterait le risque de ralentir inutilement la procédure.

Le texte de la proposition de loi précise qu'aucun médecin ne peut être tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

*

III. CONTEXTE DU DEBAT SUR L'EUTHANASIE

Le droit à la vie

Lorsqu'une personne demande de mourir parce qu'elle ne peut plus supporter une vie indigne causée par une maladie incurable, la question de la légitimité de cette demande se pose. En fait, deux concepts s'opposent en matière d'euthanasie, celui du droit à la vie et celui du droit à l'autodétermination.

Le Sénat belge s'est posé la question, si en dépénalisant l'euthanasie, le législateur ne manque pas à son devoir de protéger le droit à la vie. Il analyse la jurisprudence de la Cour européenne et retient que „l'importance de l'obligation de protéger le droit à la vie qui incombe aux autorités doit s'inter-

préter notamment au regard du droit à l'autodétermination. Dans ce cadre, il faudra tenir compte de l'intensité de la volonté de l'intéressé“.

Partant de ce constat, le Conseil d'Etat de Belgique affirme „*qu'on aperçoit mal à quel droit une personne renonce lorsqu'elle sollicite elle-même un traitement déterminé. Le fait qu'une personne demande à ce qu'il soit mis fin à ses jours ne signifie pas qu'elle renonce au droit de protection de sa vie. Il semble au contraire que cette personne „exerce“ elle-même ce droit en fixant les limites de la protection qu'elle souhaite personnellement*“.

Les conventions internationales en matière de droits de l'Homme prévoient l'obligation de l'Etat de protéger le „droit à la vie“ et non l'obligation pour les autorités de protéger „la vie“ même. On est en droit d'en déduire qu'une dépénalisation de l'euthanasie est conforme aux dispositions des conventions internationales en question.

Une loi sur l'euthanasie ne doit cependant pas toucher aux dispositions du Code pénal qui répriment l'assassinat, le meurtre ou la mort par imprévoyance ou négligence. La proposition de loi satisfait à cette exigence en ne dépénalisant l'euthanasie que dans le cadre de conditions bien précises.

Les risques de dérapage

Un argument principal des opposants à une dépénalisation de l'euthanasie est le risque d'abus. Des personnes malades ou âgées risqueraient d'être soumises à des pressions, de la part de leurs proches par exemple, afin qu'ils consentent à une euthanasie. Les motifs d'une telle demande pourraient être diverses: une charge émotionnelle trop lourde à supporter par les proches ou l'attente d'un héritage sont parmi les plus cités.

A cet argument, il y a lieu de répliquer que l'absence de législation sur l'euthanasie et partant de contrôle y relatif ne signifie pas qu'il n'y a pas d'euthanasie, mais qu'il n'existe aucun contrôle.

Par ailleurs, il est intéressant de citer à ce propos quelques chiffres clefs du rapport d'évaluation belge concernant la période 2004-2005.

En moyenne, la commission belge a reçu 371 dossiers par an, ce qui, projeté à la population du Luxembourg, reviendrait à quelque 17 cas d'euthanasie par an. Ces chiffres constituent en Belgique 3,6 pour mille des décès, et proportionnellement signifieraient pour le Luxembourg quelque 4,5 pour mille.

Par ailleurs, le rapport confirme que l'âge avancé ne semble pas constituer en soi un facteur favorisant l'euthanasie alors que 77% des euthanasies concernent des personnes qui ont entre 40 et 79 ans.

En Belgique, seulement 13 euthanasies, ce qui signifierait proportionnellement pour le Luxembourg une euthanasie par an, ont été pratiquées sur base d'une déclaration anticipée, alors que le patient était inconscient.

Aucun des dossiers évalués par la commission ne comportait des „*éléments faisant douter du respect des conditions de fond de la loi et aucun dossier n'a donc été transmis à la justice*“.

Une partie importante des euthanasies, c.-à-d. 39% ont été pratiquées au domicile du patient. 5% seulement ont été pratiquées dans des institutions destinées à accueillir des personnes âgées et les autres à l'hôpital.

De toutes les affections à l'origine des euthanasies, la grande majorité d'entre elles étaient des cancers (83% du nombre d'euthanasies pratiquées). Le second diagnostic, en terme de fréquence, est celui d'affection neuromusculaire évolutive mortelle (6%). Etant donné ces affections mortelles, 93% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients dont le décès était prévisible à courte échéance.

Ainsi, il ressort de ces chiffres que les risques allégués de dérapages ne sont pas fondés.

Les sondages réalisés au Luxembourg

Plusieurs sondages ont été réalisés sur l'euthanasie depuis les années 80.

Le premier sondage effectué en 1989 par la société ILRES pour le compte du quotidien luxembourgeois Tageblatt a révélé qu'une majorité de la population se prononce en faveur de l'euthanasie. A la question „*Im Fall einer schweren und unheilbaren, mit unerträglichem Schmerz verbundenen Krankheit:*

Hat der Kranke das Recht auf Sterbehilfe, wenn er darum fragt?“ 71% des gens ont répondu par l’affirmative, 16% ont rejeté une telle aide et 13% étaient sans opinion.

Une enquête menée en 1994 auprès des juristes luxembourgeois a permis de constater que 91% des juristes ayant répondu, étaient d’avis que toute personne a le droit de décider du moment de sa mort, 89% approuveraient qu’un médecin puisse prêter assistance à une personne qui veut mourir. Plus de 60% attribuait à l’époque une validité juridique à un testament biologique (testament de vie), plus de la moitié estimait que ce testament devrait être confirmé à intervalles réguliers.

Dans le cadre des travaux sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité ainsi que le projet de loi relative aux soins palliatifs, l’Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD) a, en 2007, sondé l’opinion de ses membres. Pour ne citer que les réponses rentrant dans le cadre de la présente proposition de loi, on peut retenir que 36% des médecins se sont déclarés en faveur de cette dernière en tant que médecins. Le niveau d’acceptation augmente à 54% si les médecins s’expriment en tant que patient ou citoyen.

Soins palliatifs et euthanasie

Il faut remarquer que la médecine palliative et l’euthanasie ne s’excluent nullement, mais sont complémentaires. Une personne malade et souffrante doit avoir le choix des soins palliatifs et/ou de l’euthanasie. Des soins palliatifs peuvent d’ailleurs très bien être prodigués avant que le patient ne veuille recourir à une euthanasie.

La différence essentielle entre les soins palliatifs et l’euthanasie, est celle que les soins palliatifs et plus précisément la sédation palliative ne concernent que les patients souffrant d’une maladie en phase terminale pour accélérer une mort prévisible à court terme.

L’euthanasie permettrait également à des personnes comme Vincent Humbert de mourir dans la dignité, si tel est leur souhait. Un déficit dans la loi française „Leonetti“, dont se sont largement inspirés les auteurs du projet de loi sur les soins palliatifs, est le manque de prise en compte de la volonté du patient désirant mourir, même s’il n’est pas en phase terminale de sa vie.

Ainsi, la proposition de loi prévoit le respect de la volonté d’une personne qui n’est pas en stade terminal dans des conditions bien précises.

L’évolution du débat au Luxembourg depuis les années 90

Le premier débat public à la Chambre des Députés a été lancé par une interpellation au sujet de l’accompagnement thérapeutique des malades mourants ainsi que du droit de mourir dans la dignité, initiée par M. Jean Huss en 1996. Lors de ce débat, une Commission spéciale parlementaire „éthique“ a été instaurée et chargée de la préparation d’un débat d’orientation pour définir les futures démarches à entreprendre en ce qui concerne les questions cruciales relatives à la mort d’une personne en stade terminal d’une maladie grave et incurable.

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers accorde plus de droits aux patients et prévoit notamment le droit d’être informé et de refuser ou d’accepter toute intervention diagnostique ou thérapeutique.

En ce qui concerne plus particulièrement les dispositions de fin de vie, l’article 43 dispose *„qu’en cas d’affection incurable et terminale, le médecin traitant hospitalier doit apaiser les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant pour autant que possible la qualité de la survie. Le médecin doit assister le mourant jusqu’à la fin et agir de façon à permettre au patient de garder sa dignité. De même offrira-t-il aux proches du patient l’assistance adéquate pour soulager leurs souffrances en rapport avec cette situation. A l’approche de la mort, le patient a le droit d’être accompagné en permanence par au moins une personne de son choix dans des conditions respectant sa dignité.“*

Lors du débat d’orientation du 16 mars 1999 sur la médecine palliative, l’acharnement thérapeutique et l’euthanasie, préparé par la Commission spéciale „éthique“, on s’est accordé sur la nécessité de renforcer l’offre tant qualitative que quantitative en soins palliatifs et sur l’utilité d’un testament de vie. La question de savoir si ce testament doit avoir force contraignante est cependant restée sans réponse.

Aucun consensus n’avait été trouvé en ce qui concerne l’euthanasie. Les membres de la commission spéciale ont retenu que *„(...) les soins palliatifs et l’euthanasie ne s’excluent nullement. Il s’agit de*

deux différentes façons d'envisager la fin de vie et ceux qui plaident pour une dépenalisation de l'euthanasie volontaire estiment simplement qu'il faut laisser à la personne concernée de l'euthanasie le choix entre ces deux alternatives qui sont aussi humaines et dignes l'une que l'autre."

En conclusion du débat d'orientation, une résolution portant sur l'introduction dans la législation luxembourgeoise du concept du testament de vie, ainsi que sur l'enregistrement systématique de ces testaments de vie auprès de la Direction de la Santé a été adoptée.

Deux motions portant sur l'extension de l'offre des soins palliatifs et une motion portant sur l'abstention de recourir à l'acharnement thérapeutique ont été adoptées. Une autre résolution, préconisant „une modification du code pénal introduisant des dispositions permettant de rendre l'euthanasie volontaire non punissable sous certaines conditions très précises“ a été refusée par une majorité de 26 voix contre, 22 pour et 4 abstentions.

Lors de la Déclaration sur l'Etat de la Nation le 3 mai 2001, le Premier Ministre a déclaré que le gouvernement souhaitait relancer le débat sur l'euthanasie „sans œillères, sans barrières idéologiques, sans opinions préconçues“.

Un deuxième débat d'orientation sur la médecine palliative, l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie en date du 12 mars 2003 n'a guère permis de dégager de nouveaux consensus. Les motions adoptées portaient globalement sur les mêmes sujets que celles de 1999.

Une résolution „en faveur de la dépenalisation de l'euthanasie sous certaines conditions, éventuellement par le biais d'une justification légale ou d'une excuse“, a été rejetée de justesse à 28 voix pour et 27 voix contre et une abstention, révèle cependant une augmentation de cinq votes en faveur d'une dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie.

En date du 19 février 2004, le projet de loi 5303 relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie est déposé à la Chambre des Députés par M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, Carlo Wagner.

Suite à l'affaire du jeune Vincent Humbert, la France a adopté la loi dite „Leonetti“ relative aux droits des malades et à la fin de vie. Cette loi permet au médecin d'éviter l'acharnement thérapeutique et au patient la possibilité de refuser un traitement et d'établir des directives anticipées relatives à la fin de vie que le médecin doit respecter. La loi préconise le recours aux soins palliatifs pour sauvegarder la dignité de la personne mourante, et permet le recours substantiel aux antidouleurs, même si ce traitement entraîne une mort plus rapide.

Cette loi permet l'administration de médicaments antidouleurs tellement forts même s'ils ont pour effet secondaire de provoquer la mort alors que l'administration de médicaments dont la mort rapide serait le but premier, est interdite. Par ailleurs, elle ne permet pas de couvrir les cas de patients qui désirent mourir en raison de leur santé défaillante et sans espoir d'amélioration et qui ne sont pas pour autant en stade terminal.

Le programme gouvernemental d'août 2004 disposait que „le projet de loi No 5303, relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie, fera l'objet d'un réexamen à la lumière des avis du Conseil d'Etat et des autres organismes consultés. Il sera également tenu compte de l'évolution du dossier sur le plan international.“

Ainsi, en date du 7 juin 2006, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et la Ministre de la Famille et de l'Intégration ont déposé un nouveau projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, s'inspirant largement de la loi Leonetti et proposant différents changements par rapport au projet de loi 5303.

A côté de l'introduction d'une base légale nécessaire pour la mise en œuvre des instruments indispensables à l'organisation et à la prise en charge des soins palliatifs, le projet de loi en question met à l'abri de toute poursuite pénale ou civile le médecin qui, en présence d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale, s'abstient de recourir aux grands moyens thérapeutiques ne pouvant avoir comme seul effet que de prolonger la survie, sans en améliorer la qualité.

Pour le malade en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le projet de loi prévoit, tout comme la loi Leonetti, la possibilité d'un traitement de la douleur pouvant avoir comme effet secondaire d'abrèger la vie. Le médecin doit en informer le patient et recueillir son consentement.

Le projet de loi retient l'idée du projet de loi 5303 de la „directive anticipée“, une sorte de testament de fin de vie, où la volonté relative aux conditions, à la limitation et à la suspension du traitement peut

être exprimée par toute personne, pour le cas où, atteinte d'une maladie incurable, elle est incapable d'exprimer sa volonté.

*

IV. PROCEDURES ET TRAVAUX EN COMMISSION

La proposition de loi 4909 relative au droit de mourir en dignité a été déposée à la Chambre des Députés par Mme Lydie Err et M. Jean Huss en date du 5 février 2002.

Au cours de la réunion du 2 juillet 2002, la Commission spéciale „éthique“ a entendu une première présentation de la proposition de loi.

Par ailleurs, la proposition de loi n'a pas suscité un grand intérêt: ni le gouvernement d'antan, ni le gouvernement issu des élections législatives de 2004 n'ont pris une position sur le sort à réserver à ladite proposition de loi. Quant au Conseil d'Etat, un premier avis ne paraît que le 13 juillet 2007 conjointement avec l'avis sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs.

En date du 11 juin 2007, les auteurs ont introduit des amendements à leur proposition de loi.

La présentation et l'examen du premier avis du Conseil d'Etat étaient à l'ordre du jour de la réunion du 13 septembre 2007. Compte tenu de l'avis intégré du Conseil d'Etat portant à la fois sur le projet de loi 5584 et sur la proposition de loi 4909, la commission a procédé à un examen parallèle des deux textes.

Lors de sa réunion du 11 octobre 2007, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a désigné Mme Lydie Err et M. Jean Huss comme rapporteurs de la proposition de loi.

En raison de la modification du règlement de la Chambre des Députés qui détermine le suivi des propositions de loi, intervenue depuis 2002, il a été décidé en séance publique du 23 octobre 2007, de prendre en considération tant la proposition que les amendements y relatifs.

En date du 22 novembre 2007 les amendements de la proposition de loi ont été exposés par M. Jean Huss au sein de la commission.

Le texte amendé de la proposition de loi a été envoyé le 4 décembre 2007 au Conseil d'Etat qui a émis un avis complémentaire le 11 décembre 2007.

Au cours de la réunion du 17 janvier 2008 de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, la proposition de loi a été présentée et discutée.

L'Association des Médecins et Médecins-Dentistes a émis un premier avis le 18 juin 2002 et un avis complémentaire le 19 novembre 2007.

Suite à la présentation de la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité lors de la réunion du 17 janvier 2008, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a procédé à un bref échange de vues dont il y a lieu de retenir:

- que contrairement à la déclaration gouvernementale de 1999 qui prévoyait expressément que l'euthanasie active ne serait pas autorisée au cours de la période législative 1999-2004, la déclaration gouvernementale de la législature en cours ne s'est pas formellement exprimée sur ce point en se limitant à se prononcer pour l'évacuation du projet sur les soins palliatifs à amender au vu notamment de l'évolution au plan international;
- qu'il est proposé de procéder, pour le moins pour les points exprimant des idées communes, à une harmonisation terminologique entre les dispositions correspondantes du projet et de la proposition de loi. Il en est ainsi par exemple pour les concepts respectifs de directive anticipée et de testament de vie;
- que M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, Mars di Bartolomeo, rappelle que le Gouvernement attache une très grande importance au projet de loi sur les soins palliatifs et à sa prochaine évacuation et mise en œuvre et qu'il s'en remet au choix du Parlement quant aux suites à donner à la proposition de loi sur laquelle il n'entend donc pas prendre position quant au fond.

*

V. LES AVIS

Association des Médecins et Médecins-Dentistes

L'avis de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) du 18 juin 2002 rappelle l'article 45 du Code de déontologie médicale et une résolution du comité permanent des médecins européens sur l'euthanasie et l'obstination thérapeutique déraisonnable tout en déclarant cependant être pleinement consciente du fait que „*si ces deux textes reflètent l'opinion d'une majorité du corps médical, ils ne reflètent certainement pas l'opinion de la totalité de ses membres et que des avis séparés nettement plus radicaux dans un sens comme dans l'autre existent*“.

Quant au testament de vie, l'AMMD en approuve l'idée ainsi que le contreseing par deux personnes ayant la confiance du testataire.

Elle exprime cependant des réserves quant à l'utilité d'enregistrer ces testaments de vie auprès de la Direction de la Santé, alors que les modalités relatives à l'enregistrement ne sont pas définies par la proposition de loi. L'AMMD estime qu'il suffirait amplement d'inclure le testament de vie dans le dossier du patient. Des complications administratives inutiles pourraient ainsi être évitées dans l'intérêt du patient.

Dans son avis de 2002, l'AMMD avait rejeté l'approche lente, lourde et administrative ex ante de la déclaration officielle à la commission d'évaluation.

Les auteurs de la proposition de loi ont tenu compte de cette dernière critique dans leurs amendements présentés le 11 juin 2007.

En conclusion, l'AMMD salue le projet de loi relatif aux soins palliatifs, mais refuse la proposition de loi sur l'euthanasie tout en considérant que le corps médical est divisé sur la question, ce qui résulte de leur sondage réalisé en 2007.

Les auteurs de la proposition de loi sont dans ce contexte d'avis qu'une loi dépénalisant l'euthanasie ne changera pas la conscience des médecins. Tous garderont leur éthique, leur tempérament, leur conviction philosophique et/ou religieuse. Ils sont en cela aussi divers que la communauté des patients qu'ils servent et c'est très bien ainsi. Chacun peut ainsi trouver un interlocuteur à son diapason. Une loi sur l'euthanasie ne crée pas d'obligation ni pour le patient ni pour le médecin. Elle se contente de dépénaliser un acte résultant de la rencontre de deux libertés.

Une telle conception est conforme au serment d'Hippocrate: guérir quand on le peut, soulager et consoler toujours. Dans certaines conditions de grande souffrance, physique ou morale, et si le patient le demande, cela peut aller, non pas jusqu'à tuer, mais à permettre une mort digne et désirée.

Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat a émis son avis, qui porte conjointement sur la proposition de loi relative au droit de mourir en dignité et sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs, le 13 juillet 2007. La Haute Corporation retient essentiellement ce qui suit: „*Reste que même si les souffrances de la personne en fin de vie peuvent être soulagées efficacement, il est prévisible que la sédation palliative ne soit pas perçue par chaque individu comme la situation idéale pour terminer sa vie, par référence à sa dignité actuelle, telle qu'il la conçoit sur le plan personnel et subjectif. (...) Quelle que soit la définition de la notion de dignité humaine sur laquelle on veuille s'appuyer, celle-ci ne permettra pas d'établir de manière éthique l'équivalence entre laisser mourir et faire mourir.*“

Dans son avis complémentaire du 11 décembre 2007, le Conseil d'Etat ne se prononce pas en détail sur les dispositions amendées de la proposition de loi et se limite à conclure à l'incompatibilité de la proposition de loi avec le projet de loi relatif aux soins palliatifs.

Chambre de Travail

Dans son avis sur le projet de loi relatif aux soins palliatifs, la Chambre de Travail – à l'exception d'une fraction minoritaire – s'est prononcée pour une extension des dispositions du projet de loi, soutenant ainsi l'idée fondamentale de la proposition de loi: „*Le fait que le présent projet de loi ne permet pas à l'individu de disposer de sa propre vie, mais uniquement d'accepter les soins palliatifs, qui, de toute façon, sont obligatoires de par la loi, rend par ailleurs superflu l'institution d'une „directive anticipée“ (testament de vie).*“

Voilà pourquoi notre chambre exige que l'euthanasie soit incorporée dans le projet de loi afin de permettre à l'individu tant de déterminer lui-même le moment et les conditions de mourir et de lui fournir ainsi une alternative par rapport aux soins palliatifs que de donner également une raison d'être à l'institution de la „directive anticipée“.

*

VI. CONCLUSIONS

Les auteurs de la proposition de loi ne partagent pas l'appréciation de la Haute Corporation, soulignant toujours que la proposition de loi prévoit une disposition complémentaire par rapport au projet de loi sur les soins palliatifs, qui ne revêt aucun caractère exclusif.

Or, il est évident que d'un point de vue purement formel, une approbation par la Chambre des Députés de la proposition de loi rendra nécessaire une adaptation de l'actuel projet de loi sur les soins palliatifs afin de le compléter voire modifier sur certains points, notamment la terminologie et le contenu de la directive anticipative, mais avant tout une modification du Code de déontologie.

Quant au fond, les auteurs de la proposition de loi restent convaincus que la dignité à laquelle chaque être humain a droit devra se refléter dans les conditions de son décès et recommandent à la Chambre des Députés d'approuver le texte de la proposition de loi tel qu'il suit.

*

VII. TEXTE COORDONNE PROPOSE PAR LES RAPPORTEURS

Chapitre I – Dispositions générales

Art. 1er.– Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait d'aider intentionnellement une autre personne à se suicider ou de procurer à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande de celle-ci.

Chapitre II – La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, conditions et procédure

Art. 2.– 1. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une assistance au suicide ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
 - le patient mineur entre 16 et 18 ans ayant demandé l'interruption de la vie peut se prévaloir de l'autorisation des parents ou de la personne jouissant de l'autorité parentale;
 - la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
 - le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration et indépendamment du fait qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

2. Dans tous les cas de demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et avant d'y procéder, le médecin a l'obligation de:

- informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation;
- s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté exprimée récemment respectivement réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

- consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de sa souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être impartial, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;
- sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient ou des membres de celle-ci;
- sauf opposition du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;
- s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix, pour autant qu'il ne s'agisse ni d'un héritier légal, ni d'un légataire universel que le patient aura l'intention de désigner dans son testament.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin dont le nom devra également être indiqué dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Chapitre III – Le testament de vie

Art. 3.– 1. Toute personne majeure ou mineure émancipée capable, peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans un testament de vie sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate:

- qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'elle n'est plus en mesure de communiquer,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Dans le testament de vie le déclarant exprime sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus l'exprimer, quant aux circonstances précises dans lesquelles il désire ou refuse de recevoir des soins, traitements et accompagnements et lesquels, ainsi que, le cas échéant, les circonstances et conditions dans lesquelles il désire subir une euthanasie.

Le testament de vie peut comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispositions à prendre quant au mode de sépulture et à la cérémonie de ses funérailles, ainsi que sa volonté quant au don d'organes après sa mort.

Dans le testament de vie le déclarant peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à leur égard.

Le testament de vie peut être fait à tout moment. Il doit être constaté par écrit, daté et signé par le déclarant.

2. Si la personne qui souhaite faire un testament de vie est dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, son testament de vie peut être acté par écrit par une personne majeure de son choix, pour autant qu'il ne s'agisse ni d'un héritier légal, ni d'un légataire universel que le déclarant aura l'intention de désigner dans son testament. Le testament de vie se fera en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'est ni l'héritier légal, ni le légataire universel du déclarant. Le testament de vie doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. Le testament de vie doit être daté et signé par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, le cas échéant, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe au testament de vie.

Le testament de vie sera enregistré dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des testaments de vie auprès de la Direction de la Santé.

Le testament de vie peut être réitéré, retiré ou adapté à tout moment. La Direction de la Santé est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

Les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés seront fixées par règlement grand-ducal.

3. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'un testament de vie tel que prévu aux alinéas 1er et 2, ne commet pas d'infraction s'il constate:

- que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
 - qu'il est inconscient,
 - et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Dans tous les cas, et avant de procéder à l'euthanasie, le médecin a l'obligation de:

- consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans le testament de vie, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation. Le médecin consulté doit être impartial à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;
- s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu du testament de vie avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;
- si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;
- si le testament de vie désigne une personne de confiance, s'entretenir de la volonté du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

Le testament de vie ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés dans le dossier médical du patient.

Chapitre IV – La déclaration officielle

Art. 4.– Le médecin qui pratique une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 6, dûment complété, à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation visée à l'article 5 de la présente loi.

Chapitre V – La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation

Art. 5.– 1. Il est institué une Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée „la Commission“.

2. La Commission se compose de neuf membres, désignés par la Chambre des Députés sur base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Trois Membres sont docteurs en médecine, trois membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et trois membres sont des personnes engagées dans la société civile.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec le mandat de député ou la qualité de membre du gouvernement. La Commission élit parmi ses membres un président. La Commission ne peut délibérer valablement qu'à condition que la moitié de ses membres soit présente.

3. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 6.– La Commission établit un document de déclaration officielle qui doit être complété par le médecin et adressé à la Commission chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:

- les nom, prénoms, domicile du patient;
- les nom, prénoms, code médecin et domicile du médecin traitant;
- les nom, prénoms, code médecin et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide;
- les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que la date de ces consultations;
- s'il existait un testament de vie et qu'il désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la Commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision, telle que visée à l'article 7 alinéa 2, de la Commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la Commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:

- le sexe, la date et le lieu de naissance du patient;
- la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration;
- les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures;
- si l'on peut estimer que le décès aura lieu à brève échéance;
- s'il existe un testament de vie;
- la procédure suivie par le médecin;
- la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations;
- la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;
- les circonstances précises dans lesquelles le médecin traitant a l'intention de pratiquer l'euthanasie ou l'assistance au suicide et par quels moyens.

Art. 7.– La Commission examine le document de déclaration officielle dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur base du deuxième volet du document d'enregistrement, si les conditions et la procédure prévues par la présente loi ont été respectées.

En cas de doute, la Commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des voix, la Commission estime que les conditions prévues par la présente loi ne sont pas respectées, elle communique sa décision motivée au médecin traitant et envoie le dossier complet ainsi qu'une copie de la décision motivée au parquet.

Art. 8.– La Commission établit à l'attention de la Chambre des Députés, la première fois endéans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:

- a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins remettent complété en vertu de l'article 7;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
- c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la Commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la Commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 7.

La Commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes de recherche qui en feraient la demande motivée.

Elle peut entendre des experts.

Art. 9.– Le cadre administratif ainsi que les effectifs du personnel administratif à la disposition de la Commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales seront fixés par règlement grand-ducal.

Art. 10.– Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés au budget du ministère de la Santé.

Art. 11.– Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci.

Art. 12.– Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 8, la Chambre des Députés organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution de la Chambre des Députés et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des Députés.

Chapitre VI – Dispositions particulières

Art. 13.– Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide.

Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, il est tenu d'en informer le patient et/ou la personne de confiance, s'il en existe une, dans les 24 heures en précisant les raisons de son refus.

Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 14.– La personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Luxembourg, le 14 février 2008

Les Corapporteurs,

Lydie ERR

Jean HUSS

La Présidente,

Lydia MUTSCH